3.4.5 - Lésions tumorales de la cavité buccale

Elles sont liées à un processus pathologique au cours duquel la prolifération exagérée des cellules aboutit à une surproduction tissulaire.

Examen clinique

En dehors de tout contexte infectieux lié directement à une cause dentaire évidente (accident d'évolution de la dent de sagesse inférieure, abcès dentaire, etc.) la présence d'une tuméfaction buccale avec ou sans ulcération doit conduire à un examen minutieux de la cavité buccale.

– Au niveau de la gencive, on peut trouver une formation plus ou moins hémisphérique, non douloureuse, de quelques millimètres à plusieurs centimètres et qui peut être ulcérée et gingivorragique au toucher, il s'agit d'une épulis qui est une tumeur bénigne.

– Au niveau osseux (mandibule ou maxillaire), on peut voir les différents types de tumeurs :

  - tumeurs bénignes, exemple : l'ostéome,
  - tumeurs bénignes mais récidivantes à potentialité maligne : ce sont les odonto-améloblastomes,
  - tumeurs malignes, exemple : les sarcomes.

– Rechercher des adénopathies sous-maxillaires cervicales, sus-claviculaires. Leur présence indique généralement un envahissement néoplasique lymphatique.

– Chez l'enfant, en présence d'une tuméfaction osseuse avec mobilité des dents au niveau de la tumeur, penser à la maladie de **Burkitt***.

Traitement

Au **dispensaire :**

Dans tous les cas le diagnostic et le traitement ne peuvent être faits à l'échelon du dispensaire, **adresser le malade au centre de référence**.

* Maladie de Burkitt

C'est un lymphome malin, d'origine virale, se développant souvent sur un terrain affaibli (malnutrition, paludisme,...) on le trouve chez l'enfant, particulièrement entre 4 et 8 ans (photo 19).

Examen clinique

Dans plus de la moitié des cas, la maladie se révèle par une tuméfaction maxillo-faciale qui grossit rapidement, déforme le visage et s'étend jusqu'à donner au malade un aspect monstrueux. Elle n'est pas douloureuse.

D'autres localisations peuvent se voir, en particulier, abdominales.

Un amaigrissement rapide est de règle. En l'absence de traitement, l'évolution peut être fatale en quelques mois.

Traitement

Au **dispensaire :**

Adresser le malade à l'hôpital le plus proche, **en évitant** de prescrire des anti-inflammatoires.



Maladie de Burkitt (photo 19)

3.4.6 - Noma buccal

Le Noma est une stomatite gangréneuse, d'origine bactérienne, entraînant l'ulcération puis la destruction des parties molles et dures de la sphère oro-faciale. Il ne survient pratiquement que chez le jeune enfant (photo 20).

Examen clinique

Signes précurseurs et évolution :

1/ L'enfant est fatigué, présente une tuméfaction jugale associée à une salivation abondante, une gingivorragie et une fétidité de l'haleine.

Il faudra surveiller toute plaie buccale qui ne cicatrise pas, surtout chez un jeune enfant à l'état général affaibli (suite de rougeole,...).

2/ Une tache noirâtre douloureuse est constatée au niveau de la muqueuse buccale. Cette tache s'étend progressivement. Elle marque la frontière de la future perte de tissu.

3/ Après une semaine, elle laisse la place à une ulcération donnant jour à la cavité buccale.

Traitement

Au **dispensaire :**

Il faudra : 1) prescrire un traitement antibiotique.

2) veiller à la propreté des lésions. Pour ce, on désinfectera avec un antiseptique tel que le bleu de méthylène.

3) adresser rapidement le malade à l'hôpital le plus proche.

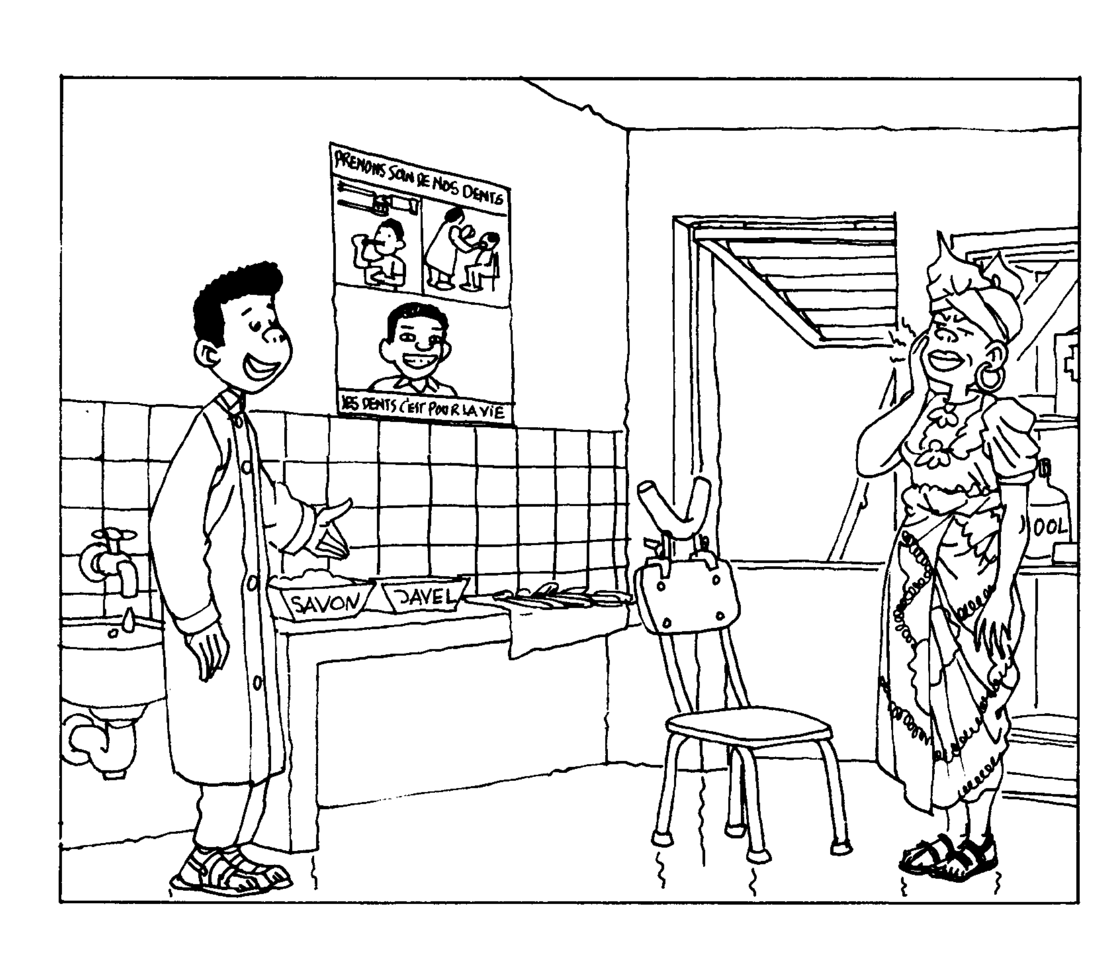


Noma buccal (photo 20)

3.5 - Tableau récapitulatif des principale

PATHOLOGIE	SYMPTOMES ET SIGNES CLINIQUES	THERAPEUTIQUE DISPENSAIRE	THERAPEUTIQUE CABINET DENTAIRE
carie dentaire **- carie de l'émail**	pas de signes	**conseils d'hygiène**	soins conservateurs
- carie dentiniaire	cavité + ou - visible sensibilité provoquée au : - chaud et / ou - froid et / ou - sucre	**antalgiques**	soins conservateurs
- atteinte pulpaire	douleur spontanée : - continue - pulsatile	**extraction** si dent mobile si difficulté d'extraction **ou** souhait de conservation : **référer**	soins conservateurs
- nécrose pulpaire phase aigue	- œdème et / ou - mobilité dentaire et / ou - suppuration	**incision** d'abcès si visible **extraction** si dent mobile **ou** si difficulté d'extraction : **référer**	soins conservateurs ou extraction
- nécrose pulpaire phase chronique	absence ou présence de fistule	**extraction** si dent mobile **ou** si difficulté d'extraction : **référer**	soins conservateurs ou extraction
Parodontopathies **- gingivite**	gingivorragies	**conseils d'hygiène**	détartrage
- gingivite ulcéro nécrotique (G.U.N.)	- douleur vive, - papilles décapitées, - cratères gingivaux	**nettoyer** avec eau oxygénée ou bleu de méthylène anti-biothérapie conseils de nutrition **ou référer**	désinfection antibiothérapie détartrage conseils d'hygiène
- parodontite	dénudation radiculaire avec ou sans sensibilité dentinaire - mobilité dentaire, - abcès gingivaux	**extraction** si dent mobile **ou** si difficulté d'extraction : **référer**	extraction des «dents condamnées» et détartrage des autres dents.

PATHOLOGIE	SYMPTOMES ET SIGNES CLINIQUES	NE PAS CONFONDRE AVEC	THERAPEUTIQUE DISPENSAIRE	THERAPEUTIQUE CABINET DENTAIRE
Autres affections bucco-dentaires **– accident de dent de sagesse**	- douleur, - tuméfaction mandibulaire, - trismus	tétanos	- antibiothérapie , - antiinflammatoire **référer**	extraction ou surveillance
– luxation	- blocage mandibulaire en bouche ouverte, - fermeture impossible		- manœuvre de Nelaton si échec : **référer**	manœuvre de Nelaton
– fracture	- œdème dans la région de la fracture - asymétrie faciale		- contention **référer en urgence**	Réduction de fracture, contention
– ulcération traumatique	lésion limitée	lésion néoplasique	suppression de la cause mécanique (dent fracturée)	suppression de la cause mécanique (dent fracturée, émail tranchant)
– ulcération syphilitique	- chancre syphilitique, - adénopathie satellite	ulcération néoplasique	antibiothérapie **référer en urgence**	traitement ou **référer** vers services médicaux compétents
- ulcération néoplasique	- lésion : - hémorragique, - indurée, - indolore, - adénopathies satellites	ulcération traumatique	antibiothérapie **référer en urgence**	traitement ou **référer** vers services médicaux compétents
– lésion tumorale - Burkitt	tuméfaction adénopathies	œdème d'origine dentaire	**référer en urgence**	traitement ou **référer** vers services médicaux compétents
– noma	nécrose des parties molles et dures + ou – étendue		antibiothérapie nettoyer avec bleu de méthylène **référer en urgence**	traitement ou **référer** vers services médicaux compétents

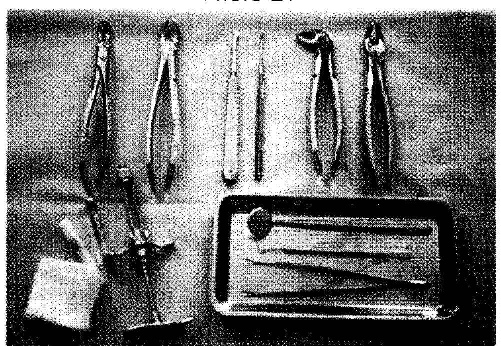

PRENONS SOIN DE NOS DENTS
LES DENTS C'EST POUR LA VIE
SAVON
JAVEL

4

APPLICATIONS CLINIQUES

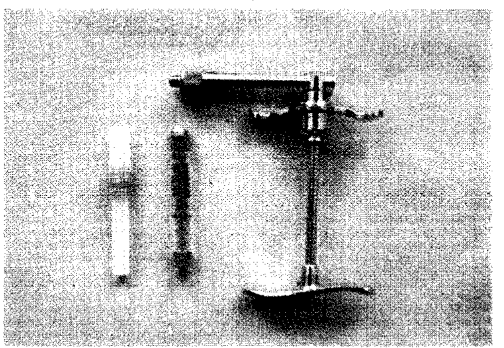
Trousse dentaire

Photo 21



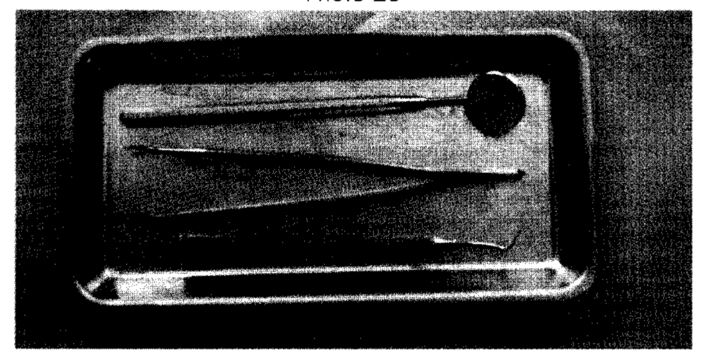
Instrumentation

Photo 22



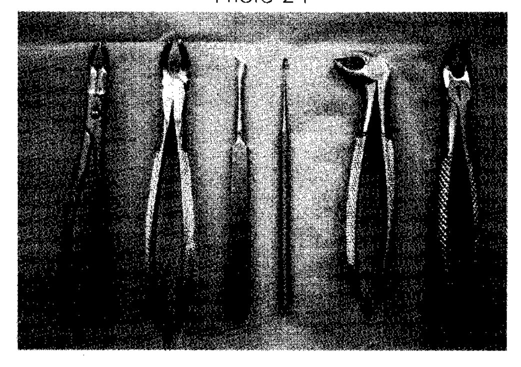
Seringue-aiguille-carpule

Photo 23



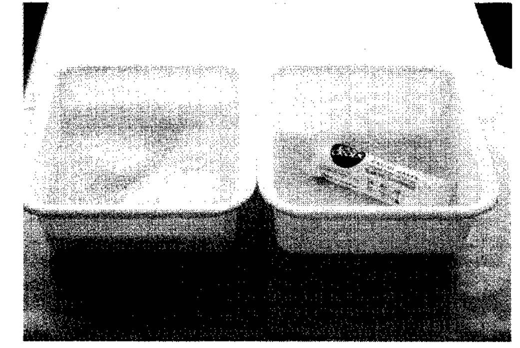
Matériel d'examen - sonde - précelle - miroir

Photo 24



Matériel d'extraction

Photo 25



Matériel pour le nettoyage et la désinfection

4.1 - Composition d'une trousse type

Trousse de base (matériel indispensable) (photos 21, 22, 23, 24, 25)

Matériel à n'utiliser qu'après désinfection :

- 1 boîte à instruments
- 1 plateau à instruments
- 1 miroir buccal
- 1 précelle
- 1 sonde d'examen
- 1 seringue
- 1 syndesmotome faucille
- 1 davier prémolaire du haut
- 1 davier prémolaire du bas
- 1 curette droite

Matériel à usage unique :

- 50 aiguilles bipointes
- 50 carpules d'anesthésiques
- 100 compresses

Matériel pour le nettoyage et la désinfection :

- 1 bac pour le nettoyage
- 1 brosse
- 1 bac de désinfection
- 1 Eau de javel

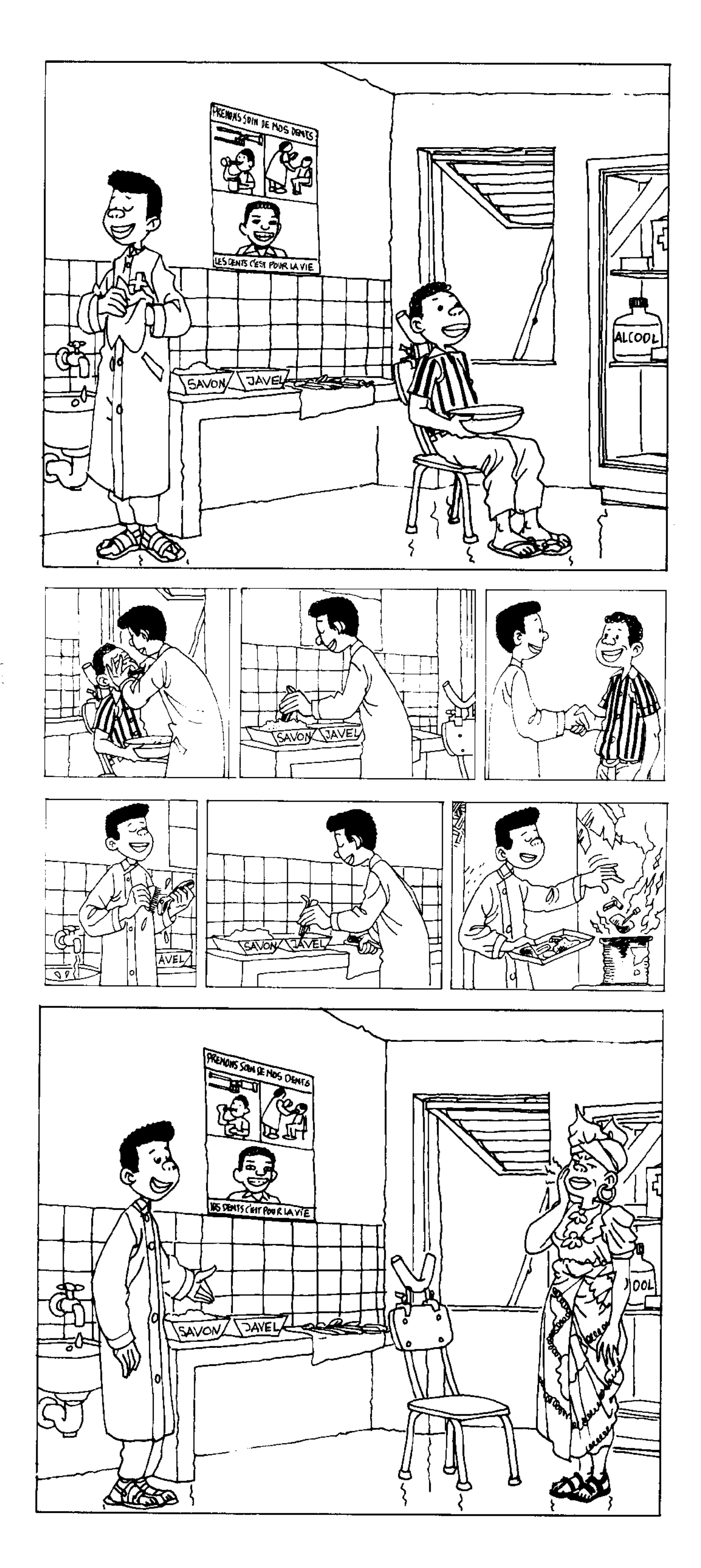
Matériel complémentaire

Matériel à n'utiliser qu'après désinfection :

- 1 davier dent de sagesse du haut
- 1 davier molaire dent de sagesse du bas

Produit pharmaceutique :

- Flacon d'eugénol


PRENONS SOIN DE NOS DENTS
LES DENTS C'EST POUR LA VIE
SAVON
JAVEL
ALCOOL

4.2 - Règles de désinfection

La désinfection est un problème majeur.

Tout geste thérapeutique effectué avec des instruments souillés est susceptible d'engendrer des maladies graves et parfois mortelles.

Pour éviter de tels risques, l'infirmier devra garder à l'esprit des règles de conduite impératives à respecter, mais simples à mettre en œuvre.

Rappels

- **Contamination :** envahissement d'un être vivant ou d'un objet par des germes pathogènes ou non. Lorsqu'il s'agit d'un organisme vivant se prêtant à la multiplication et au développement des micro-organismes, la contamination est souvent suivie par un processus d'infection.

  Infection : les germes présents dans l'organisme contaminé sont capables de se multiplier et d'induire des lésions pathologiques.

- **Désinfection :** opération au résultat momentané permettant, sur des milieux inertes contaminés, d'éliminer ou de tuer des micro-organismes.

  Stérilisation : mise en œuvre de méthodes visant à éliminer tous les micro-organismes vivants portés par un objet préalablement nettoyé. La stérilité constitue le résultat de l'opération de stérilisation : elle n'est durable que dans le cadre de la protection de cet état.

- **Antiseptique :** substance qui, appliquée sur les tissus vivants, tue les bactéries (bactéricide) ou inhibe leur croissance (bactériostatique).

  Désinfectant : substance qui produit les mêmes effets lorsqu'elle est appliquée sur des matières inertes.

- **Agents contaminants :** les bactéries et les virus sont les agents responsables de toute infection :

  – Les **virus** sont les agents responsables de maladies telles que : grippe, hépatite B, SIDA, Burkitt.

  Les virus ne sont pas sensibles aux antibiotiques.

– Les **bactéries** sont les agents responsables des maladies telles que : abcès dentaires, parodontopathies, ostéites, méningites , syphilis et septicémies.

Contrairement aux virus, **les bactéries sont sensibles aux antibiotiques.**

- **Le mode de transmission** dans la sphère bucco-dentaire se fait essentiellement par le sang et la salive :
  – soit directement entre le patient contaminé et le thérapeute.
  – soit indirectement de patient à patient par l'intermédiaire du thérapeute utilisant des instruments souillés.

La plupart des bactéries et tous les virus pathogènes pour l'homme ne se multiplient que dans l'organisme, mais la majorité d'entre eux, gardent des propriétés pathogènes après un séjour plus ou moins long sur des supports inorganiques (instrumentation, linges, compresses,...). Ceci explique qu'une contamination se produise par l'intermédiaire d'instruments ou de matériel souillés.

Conduite à tenir

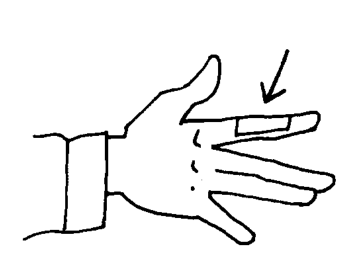
L'opérateur

– **Avant tout examen ou intervention,** il devra se laver les mains à l'eau et au savon.

– S'il présente une **blessure** sur les mains, il devra impérativement se protéger au moins par un pansement étanche.

– Pour l'intervention, l'**usage des gants est conseillé** s'il en dispose.

– **Après toute intervention** en milieu très infecté, il utilisera de l'eau de javel pour éliminer ou tuer les micro-organismes.





Protocole de désinfection des instruments contaminés

1re phase : nettoyage

Au fur et à mesure de l'intervention, les instruments sont déposés dans un bac contenant de l'eau savonneuse. L'immersion doit être réalisée le plus rapidement possible après l'utilisation du matériel afin d'éviter le dessèchement des matières organiques et l'emprisonnement d'un certain nombre de germes.

Dès la fin de l'intervention, les instruments seront :

- Soigneusement **nettoyés** à l'eau et au savon à l'aide d'une brosse. Il est impératif de nettoyer tous les instruments (miroirs, précelles, daviers, sondes,...).

  Le bain **sera changé au moins une fois par jour** et plus souvent si la quantité de matériel est importante ou si le degré de souillure organique est élevé.

- Puis **rincés** à l'eau courante (ou dans une cuvette) et égouttés.

2e phase : désinfection

Elle se fait par **immersion dans une solution d'eau de javel** (hypochlorite de sodium)* à 0,4° chlorométrique **pendant 20 minutes;** soit 1/4 de verre d'eau de javel à 12° chlorométrique dans 1 litre d'eau. Pour éviter toute altération de la solution désinfectante, il faut nettoyer soigneusement les instruments avant de les plonger dans cette solution (tableau 1).

Cette méthode est préconisée pour désinfecter les instruments au fur et à mesure, si plusieurs extractions sont prévues dans la journée.

La solution doit être préparée avec soin (tableau 2) en évitant les récipients métalliques qui risquent de se corroder.

La désinfection peut aussi être réalisée par **ébullition.** Cette méthode est réservée pour désinfecter les instruments en fin de journée lorsqu'on ne possède pas de matériel de stérilisation. C'est un moyen simple pour inactiver la plupart des microbes pathogènes, y compris le VIH. **Il faut maintenir l'ébullition pendant 20 minutes.**

* Les autres produits de désinfection pouvant être utilisés sont par exemple des solutions de chloramine à 2%, d'éthanol à 70%, de formaldéhyde à 4%, de glutaraldéhyde à 2% ou d'eau oxygénée 6%.

3e phase :

- Rinçage
- Séchage sur un linge
- Rangement dans leur boîte.

Le matériel jetable

Les carpules, les aiguilles, les compresses et les fils de suture sont conçus pour un usage unique. Avant utilisation tout ce matériel est stocké dans une boîte étanche.

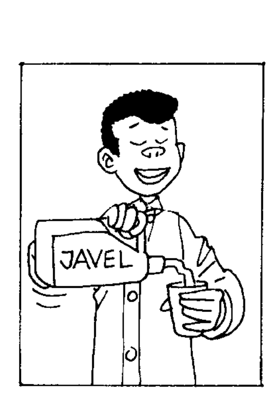
Le matériel usagé est jeté dans une poubelle. Son contenu doit être incinéré régulièrement.

On ne laissera jamais un patient repartir avec une compresse dans la bouche, elle sera retirée et jetée dans la boîte à déchets avant son départ.

Les **carpules anesthésiques** devront être jetées après chaque patient même si elles n'ont pas été utilisées entièrement. (Une dépression se crée dans la carpule après chaque injection faisant remonter des germes dans la solution anesthésique).

L'environnement (voir tableau 2)

- Surface des sols
- Bassin et crachoir
- Bac et brosse de nettoyage
- Bac de désinfection







Protocole de désinfection (tableau 1)

INSTRUMENTS CONTAMINES

1er BAC

Nettoyage

1re phase :
- nettoyage dans bac avec eau savonneuse.
- rinçage
- égouttage

2e BAC

Désinfection : 20 minutes

2e phase :
- dans une solution d'eau de javel (0,4° chlorométrique)
- ou par ébullition.

3e phase :
- rinçage
- séchage sur un linge propre à chaque séance
- rangement dans leur boîte.

INSTRUMENTS PRETS A L'EMPLOI

Eau de Javel - Fiche technique (tableau 2)

AVANTAGES	PRESENTATION MODE D'EMPLOI	INDICATIONS	ENVIRONNEMENT
– large spectre – action rapide – peu coûteux – actif sur virus HIV **INCONVENIENTS** – nécessite un nettoyage préalable avec une solution savonneuse et un rinçage. – corrosif : respecter les temps d'immersion. **NE JAMAIS MELANGER à** un autre produit : **INEFFICACITE** **– inactivé par les matières organiques.** **– altéré par l'air, la chaleur et la lumière.**	**1/ En «Berlingot» de 250 ml** de concentré d'eau de javel à 48° chl qu'il ne faut JAMAIS UTILISER PUR – à diluer avec de l'eau dans un flacon plastique d'1 litre OPAQUE et BOUCHE (jamais dans une bouteille de type alimentaire) on obtient de l'eau de javel à 12° chlorométrique. **2/ en pastille effervescente** à utiliser diluée dans de l'eau froide un seau à ménage = 8 à 10 litres une cuvette = 3 à 5 litres un verre = 200 ml un bouchon = 15 ml	**INSTRUMENTATION** (daviers, précelles, miroirs...) **1/ nettoyage et rinçage** **2/ désinfection - 20 minutes** par l'immersion dans une solution à 0,4° chlorométrique préparée à partir de : 1/4 verre de javel à 12° chlorométrique préparée à partir du «berlingot» ou 1 pastille effervescente de javel diluée dans un litre d'eau. **Changer l'eau tous les jours** nettoyer les bacs.	On utilise de l'eau de javel à 12° chlorométrique préparée à partir du «berlingot». **1/ SANITAIRES** lavabos, crachoir, bassin : 1 bouchon dans le siphon rincer 5 mn après. **2/ SOLS/PAILLASSES** pour l'émail, la faïence et paillasses : a) désinfection courante 1 verre dans 1 seau b) désinfection poussée 1 litre pour 1 seau **3/ LINGES/SERPILLIERES** après lavage avec détergent (lessive) et 2 rinçages laisser tremper 15 mn dans 1 seau puis metttre à sécher.

Eau de javel (= hypochlorite de sodium).
Désinfectant de la famille des halogènes.

4.3 - Anesthésie

L'infirmier doit respecter **impérativement** les règles de **désinfection** décrites dans le chapitre précédent.

Principe

On procède par injection de solution anesthésique près de la dent à extraire entraînant ainsi l'inhibition des nerfs sensitifs responsables de la douleur. L'anesthésie dentaire se fait par propagation de la solution anesthésique à travers les tissus de soutien de la dent pour atteindre les fibres nerveuses pénétrant dans l'apex.

En cas d'infection, on injectera à distance de la dent à extraire, mais **jamais dans le tissu infecté.**

Technique de l'anesthésie locale par infiltration

Anesthésie des dents du maxillaire supérieur :

(photos n° 26, 27 - planches 1 à 3)

Dans **un premier temps**, l'anesthésie est réalisée du côté vestibulaire :

– Soulever la lèvre supérieure entre le pouce et l'index ou avec le miroir,

– Faire pénétrer doucement l'aiguille dans la muqueuse en regard de la zone correspondant à l'apex de la dent à extraire.

– Diriger l'aiguille à 45° par rapport à l'axe de la dent.

– Enfin, injecter lentement la solution anesthésique sans pénétrer dans le tissu osseux.

Dans **un deuxième temps,** l'anesthésie est pratiquée dans le palais :

– Demander au patient d'ouvrir la bouche bien grande,

– Faire alors pénétrer la même aiguille dans le palais, à environ 1 cm du rebord de la dent, en regard de l'apex de la racine de la dent à extraire,

Dents maxillaires

Anesthésie vestibulaire

Photo 26

Anesthésie palatine

Photo 27

Dents mandibulaires

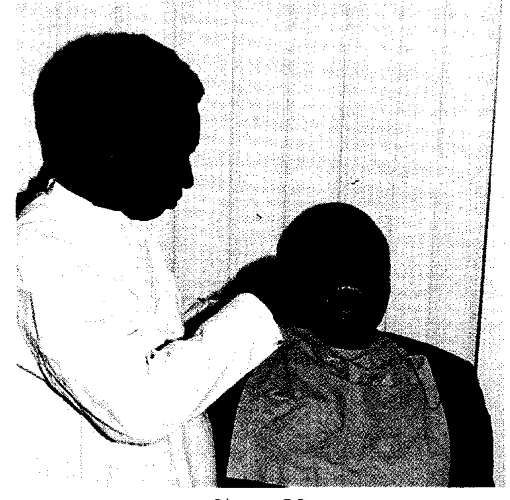


Photo 28

- Puis injecter le reste de la solution. Il faut exercer une pression plus importante car la gencive recouvrant le palais est fermement attachée à l'os et difficile à distendre.

Cette injection est souvent douloureuse et doit être très lente.

Pour l'extraction de deux dents adjacentes, une seule anesthésie est pratiquée au niveau de la dent la plus distale.

Anesthésie des dents mandibulaires (photo 28 - planche 4 à 6)

Le principe de l'anesthésie est identique à celui décrit pour les dents du maxillaire supérieur. L'anesthésie est d'abord effectuée du côté vestibulaire en écartant la lèvre inférieure puis complétée par une injection du côté lingual.

L'os alvéolaire au niveau des prémolaires et molaires étant très épais, l'anesthésie est parfois difficile.

Pour les molaires mandibulaires, on peut compléter l'anesthésie par une injection intraseptale. Cette anesthésie s'effectue au niveau des papilles interdentaires (le septum étant la partie de l'os alvéolaire recouverte par la gencive papillaire).

Précautions à prendre

- Enlever le capuchon de l'aiguille juste au moment de l'injection.
- Ne jamais réutiliser une carpule anesthésique à moitié pleine pour un autre patient, ni la même aiguille.
- Utiliser du matériel stérile à chaque nouveau patient.
- Utiliser une carpule d'anesthésique par patient et la répartir entre les côtés vestibulaire et palatin ou lingual.

Complications

Il est rare que des accidents sérieux surviennent au cours de l'anesthésie quand on emploie du bon matériel et une technique correcte sur un malade qui n'est pas à jeun. Si c'est le cas, faire croquer 2 ou 3 morceaux de sucre avant d'intervenir.

L'incident le plus courant est la lipothymie (ou malaise vagal) : le malade est pâle, couvert de sueurs froides, son pouls est mal perçu et lent.

Dans ce cas, il faudra arrêter l'acte opératoire et rassurer le patient. Le malade doit être étendu si le malaise se prolonge. En cas de perte de conscience, la position latérale de sécurité est adoptée en veillant à la liberté et à la protection des voies aériennes (photo 18).

Il ne faudra jamais basculer le malade en avant, la tête entre les genoux.

En règle générale, l'évolution spontanée est favorable. La lipothymie peut être aussi le premier stade de troubles plus graves tels que perte de connaissance et coma, détresse ventilatoire, arrêt cardio-respiratoire. Devant ces situations, il faudra réaliser immédiatement les premiers gestes d'urgence (ventilation artificielle, massage cardiaque externe, surveillance des fonctions vitales...).

4.4 - Extractions et complications

L'extraction est **un acte chirurgical** qui a pour but l'élimination de la dent malade.

Indications

La douleur est la raison majeure qui amène le patient à consulter.

La dent malade peut être soit **mobile** à la suite d'une infection dentaire ou d'une maladie parodontale, soit **délabrée** à la suite d'une atteinte carieuse ou **fracturée** à la suite d'un traumatisme.

Au dispensaire, on effectuera une extraction si :

- La dent est **mobile** et **douloureuse,**
- La **visibilité est suffisante :** en l'absence d'une vision suffisante (manque d'éclairage, dent très postérieure ou racines cachées par la gencive œdématiée), l'extraction sera repoussée ultérieurement pour être effectuée au cabinet dentaire.
- L'interrogatoire a révélé un état général satisfaisant du patient.

Dans les autres cas, l'extraction sera réservée à l'équipe dentaire.

Interrogatoire

Le but de l'interrogatoire est de préciser les antécédents médicaux reconnus, les affections et les traitements en cours.

Il s'agit d'une étape capitale. Aussi doit elle être systématique et ne jamais être négligée. Cet interrogatoire permettra de savoir si le malade présente une pathologie grave telle que :

- Cardiopathie
- Diabète
- Epilepsie
- Insuffisance respiratoire
- Insuffisance rénale
- Trouble de l'hémostase.

Dans tous les cas, le malade sera adressé au cabinet dentaire.

Technique d'extraction (photos 29 à 34 - planches 1 à 6)

Il faut toujours utiliser le davier approprié à l'arcade concernée. Les positions opératoires sont importantes à respecter pour faciliter le travail et assurer une bonne sécurité lors de l'acte.

Les points d'appui sont à respecter pour éviter un dérapage incontrôlé de l'instrument.

Il faudra éviter de s'appuyer sur les dents voisines à cause du risque de mobilisation, de félure ou de fracture des dents adjacentes.

Une fois la décision prise, l'extraction doit se dérouler avec calme et méthode, en **évitant de traumatiser** les procès alvéolaires pour assurer une bonne cicatrisation sans suites post-opératoires pénibles (hémorragie ou infection).

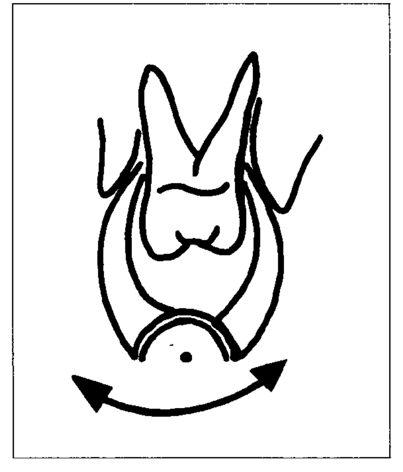
Le parodonte au niveau de la dent à extraire est maintenu entre le pouce et l'index de la main gauche, puis les mors du davier sont placés autour de la dent, le plus près possible du collet.

Il ne faut jamais faire de mouvements en force, ni tirer la dent brutalement. Des mouvements vestibulo-palatins d'amplitude croissante sont réalisés pour extraire une dent pluriradiculée.

Un léger mouvement de rotation, autour de l'axe de la dent est préconisé pour les monoradiculées.

Le syndesmotome ne sera utilisé que pour décoller la gencive autour de la dent.





En cas de difficulté d'extraction, suspendre l'acte et référer à l'échelon supérieur.

Après l'extraction

- Examiner la dent extraite : Vérifier si la dent est entière et s'il n'y a pas de granulome ou de kyste à l'apex.
- Examiner la plaie, et procéder à un curetage pour vérifier la propreté de l'alvéole.
- Procéder à l'hémostase. Comprimer les procès alvéolaires de part et d'autre de l'alvéole vide avec une compresse. Demander alors au patient de serrer les dents pendant 3 à 4 minutes.
- Conseiller au patient de ne pas se rincer la bouche pendant les heures qui suivent pour favoriser la formation du caillot et éviter le saignement. Le patient pourra se rincer la bouche avec de l'eau salée le lendemain; une bonne hygiène facilite la guérison.

Si l'extraction a été réalisée en milieu infectieux, une antibiothérapie est prescrite au patient pendant 5 jours (cette décision n'est pas systématique mais est prise en tenant compte d'un ensemble de facteurs, notamment de l'état général du patient).

Complications post-opératoires

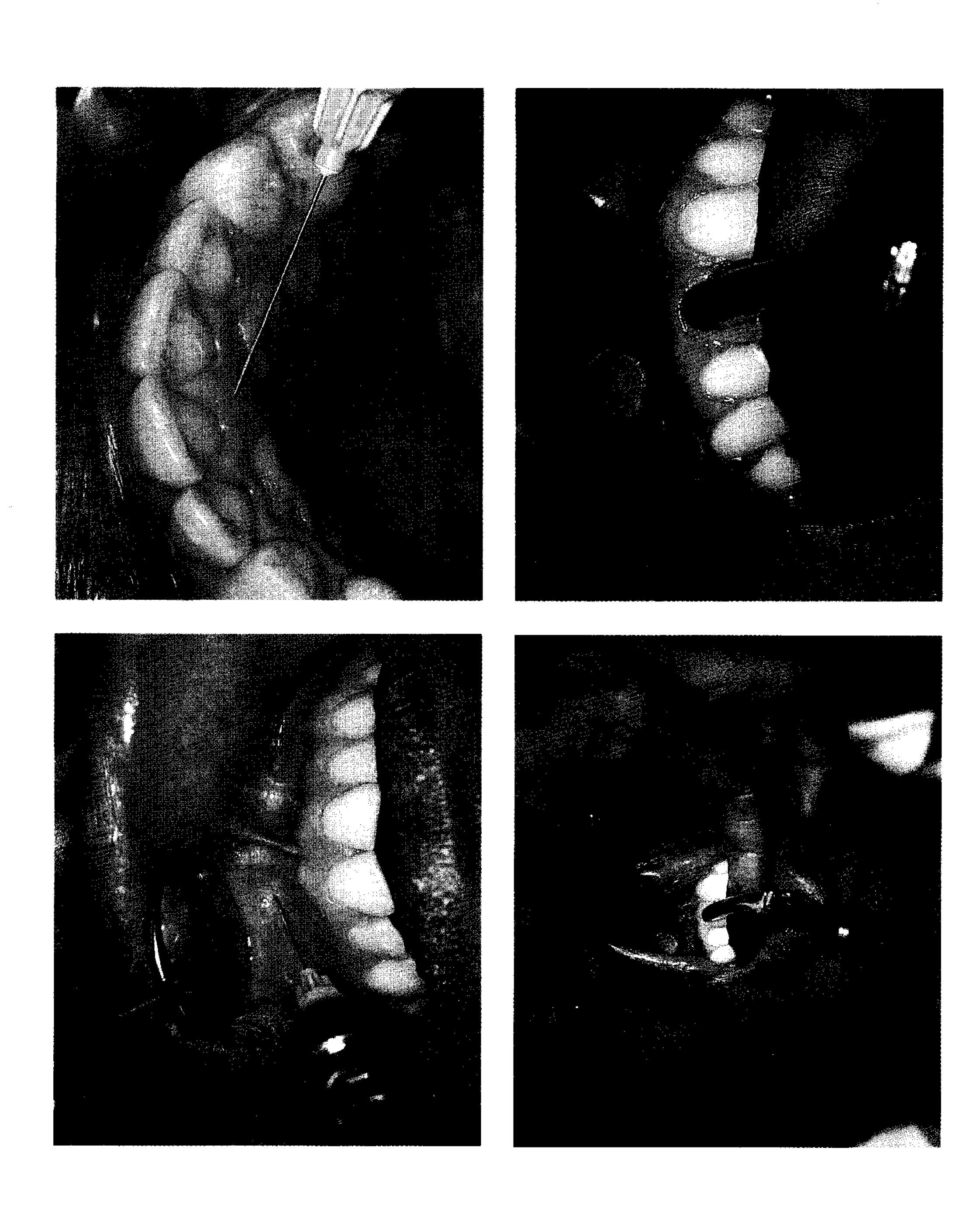
Complications hémorragiques

Le saignement est normal après l'extraction d'une dent; il s'arrête au bout d'une quinzaine de minutes, et peut se prolonger un peu ; il suffit alors de renouveler la compression.

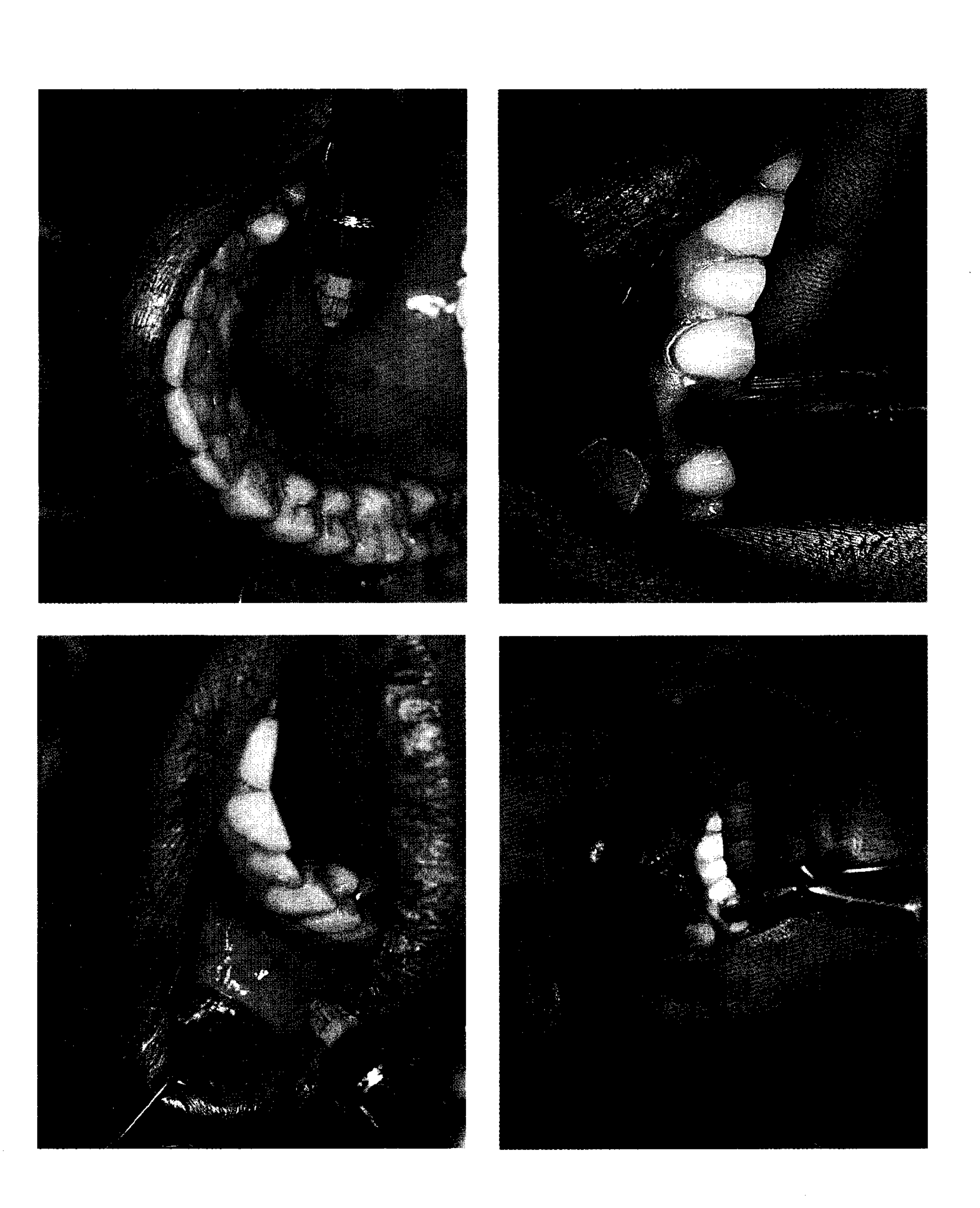
Si le patient présente un saignement important et continu dans les heures qui suivent l'extraction, il peut s'agir d'une fracture de l'os alvéolaire (voir complications osseuses) ou d'un trouble de l'hémostase non décelé.

Si le patient présente un saignement important avec présence de gros caillots 24 heures après l'intervention, il faut :

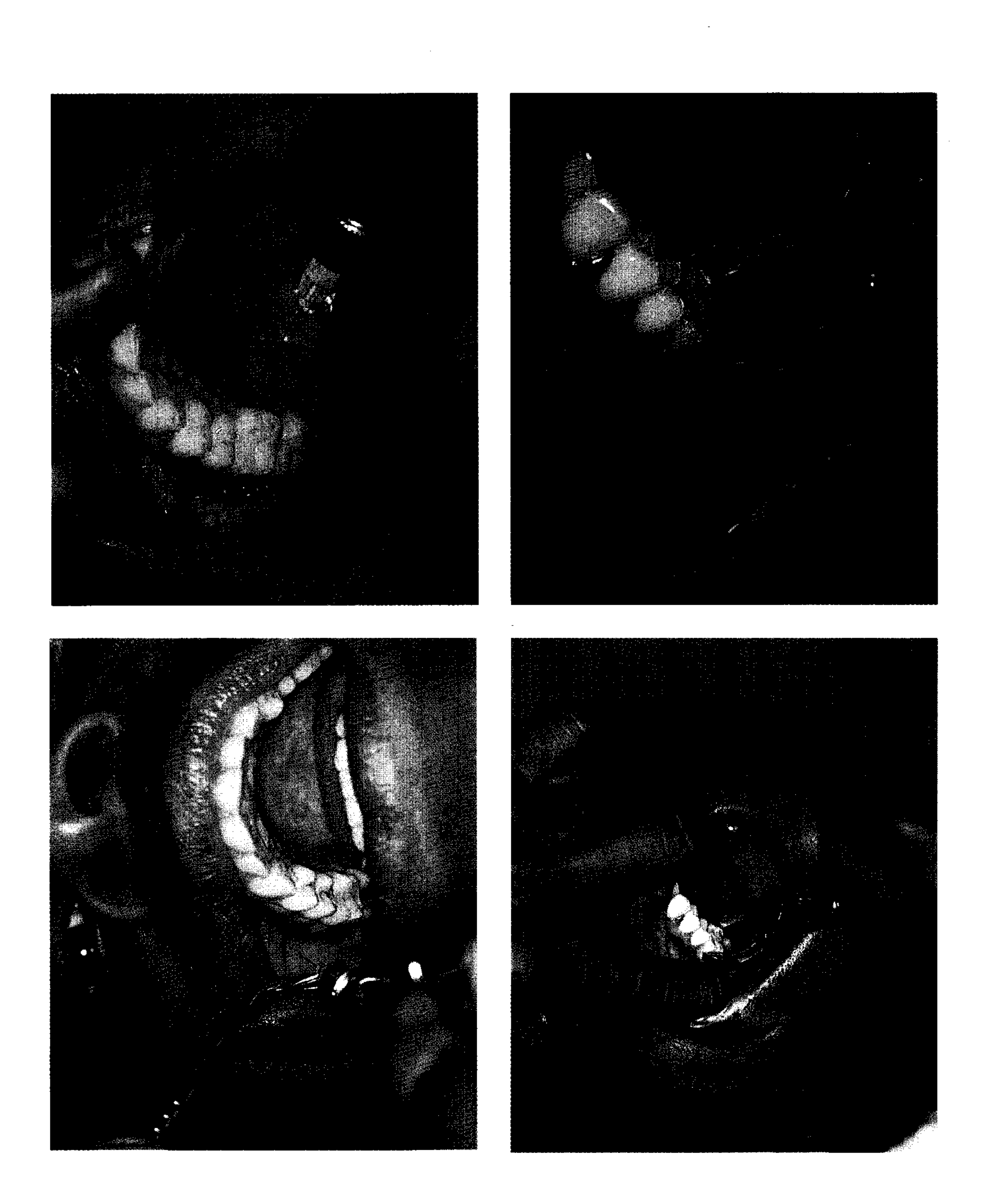
- Anesthésier le site hémorragique,
- Cureter **délicatement** l'intérieur de l'alvéole pour éliminer d'éventuels débris endogènes ou exogènes (tissus fibreux infectés, fragments radiculaires ou débris de nourriture).
- Assurer une bonne compression pendant 4 minutes, au moins, jusqu'à l'arrêt du saignement. Si le saignement se prolonge, il faut référer le patient à l'échelon supérieur.
- Eventuellement mettre le patient sous antibiothérapie pendant 5 jours.



Anesthésie et extraction d'une incisive supérieure droite
Planche 1



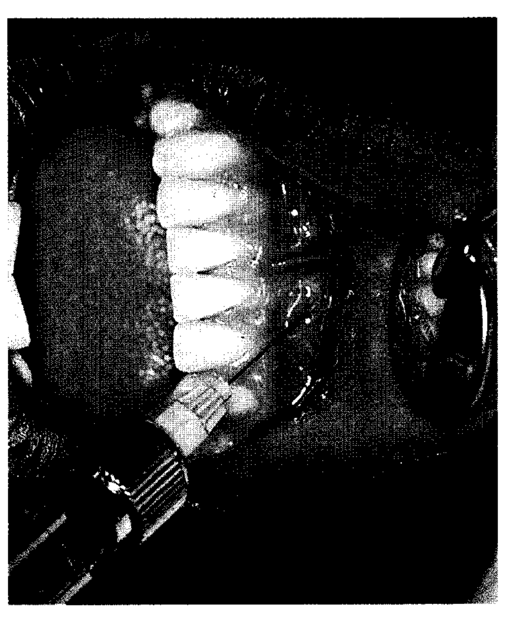
Anesthésie et extraction d'une prémolaire supérieure droite
Planche 2



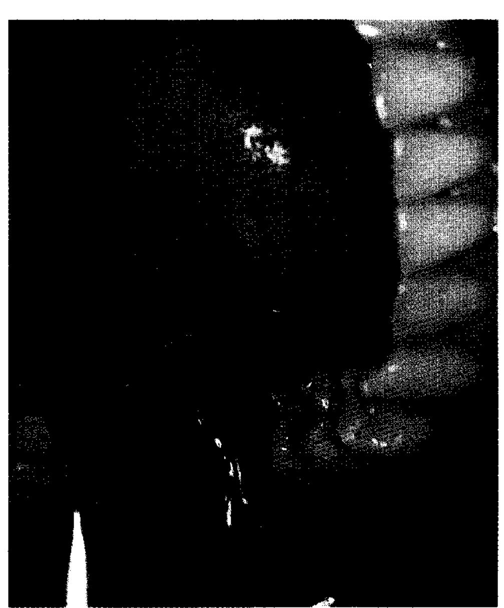
Anesthésie et extraction d'une molaire supérieure droite
Planche 3



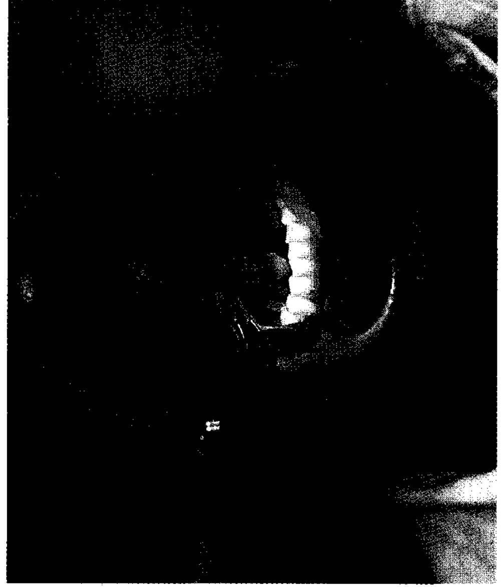




Anesthésie et extraction d'une incisive inférieure droite
Planche 4







Anesthésie et extraction d'une prémolaire inférieure droite
Planche 5

Complications osseuses

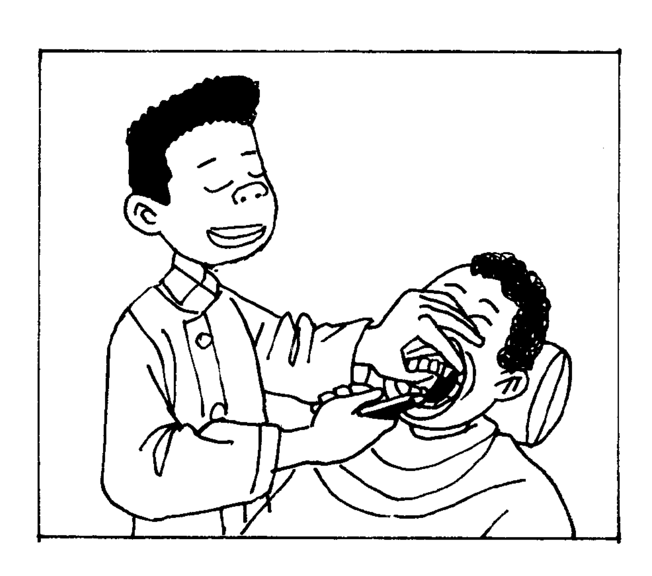
Si l'alvéole présente une fracture ou une fêlure, le fragment osseux est retiré dans la mesure du possible pour éviter une alvéolite ou même une ostéite.

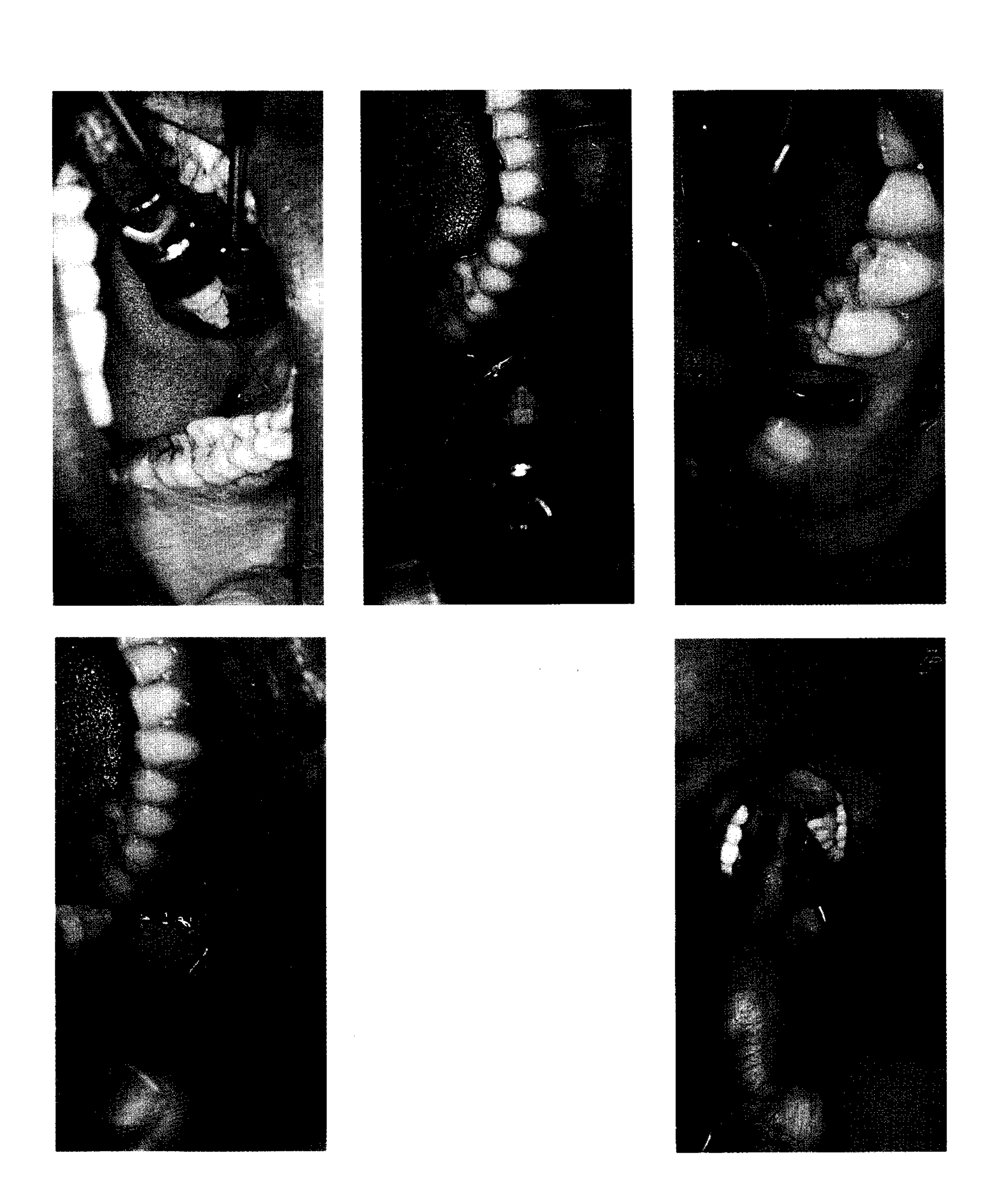
Si cette manœuvre n'est pas réalisable, en tenant compte de l'importance de l'extraction, de l'état général du patient, ce risque est prévenu en prescrivant une antibiothérapie.

Complications infectieuses

L'alvéolite est l'accident infectieux bénin le plus courant et se caractérise par des douleurs violentes 2 à 3 jours après l'extraction. Ce phénomène peut être lié à une fracture d'une table osseuse. En général, il n'est pas nécessaire de prescrire des antibiotiques. Ce tableau évolue vers la guérison au bout d'une dizaine de jours.

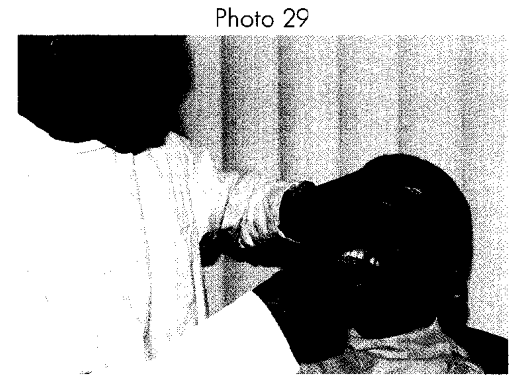
Pour calmer la douleur, on pourra, après avoir nettoyé l'alvéole avec de l'eau propre, en tamponner délicatement le fond avec un coton imprégné d'eugénol.





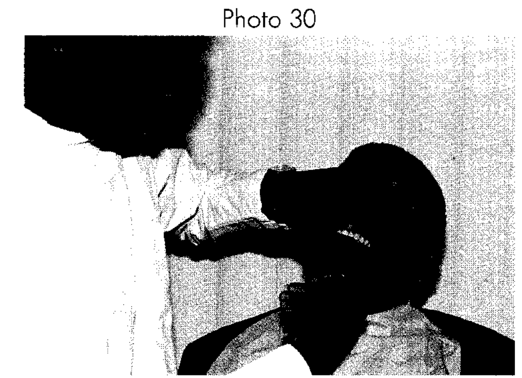
Anesthésie (vestibulaire, linguale, intraseptale)
et extraction d'une molaire inférieure droite
Planche 6

Photo 29



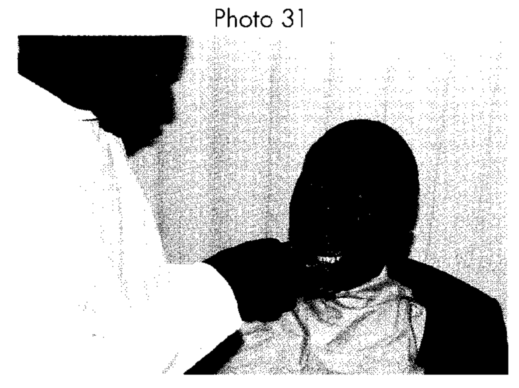
Canine supérieure gauche

Photo 30



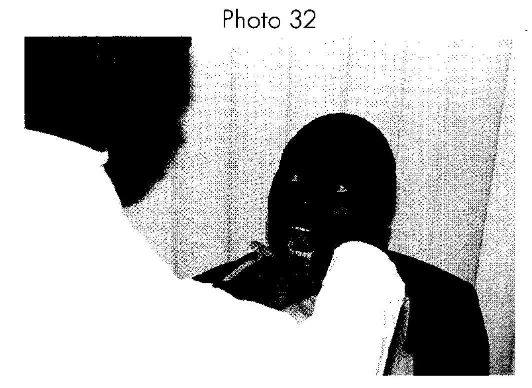
Molaire supérieure gauche

Photo 31



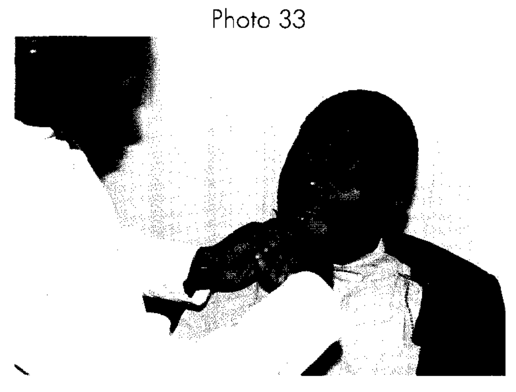
Incisive inférieure droite

Photo 32



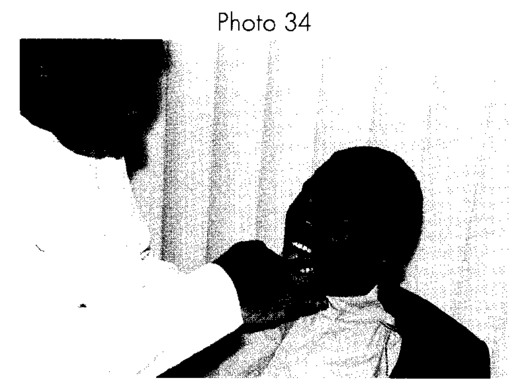
Prémolaire inférieure gauche

Photo 33



Molaire inférieure droite

Photo 34



Molaire inférieure gauche

Tableau de médication (antibiotiques) (tableau 3)

FAMILLES	D.C.I. dénomination commune internationale	Nom commercial	Remarque	POSOLOGIE (voie orale) DURÉE DE PRESCRIPTION : 5 JOURS			
				ADULTES		ENFANTS de 3 à 8 ans	
Béta-lactamines	ampicilline	penicline		2 g/j	2 gelules à 500 mg, 2 fois/j.	1 g/j	1 gelule à 500 mg, 2 fois/j.
	ampicilline	totapen		2 g/j	2 gelules à 500 mg, 2 fois/j.	1 g/j	1 gelule à 500 mg, 2 fois/j.
pénicillines	ampicilline	ukapen		2 g/j	2 gelules à 500 mg, 2 fois/j.	1 g/j	1 gelule à 500 mg, 2 fois/j.
	métampicilline	suvipen		2 g/j	2 cps à 500 mg, 2 fois/j.	1 g/j	1 cp à 500 mg, 2 fois/j.
	pivampicilline	proampi		1 g/j	1 cp à 350 mg, 3 fois/j.	700 mg/j	1 cp à 350 mg, 2 fois/j.
	bacampicilline	penglobe		800 mg/j	1 cp à 400 mg, 2 fois/j.	400 mg/j	1/2 cp, 2 fois/j.
	amoxicilline	clamoxyl		1 g/j	1 gelule à 500 mg, 2 fois/j.	500 mg/j	1 gelule à 250 mg, 2 fois/j.
	amoxicilline	hiconcil		1 g/j	1 gelule à 500 mg, 2 fois/j.	500 mg/j	1 cuillère à 250 mg, 2 fois/j.
	amoxicilline	agram		1 g/j	1 gelule à 500 mg, 2 fois/j.	500 mg/j	1 cuillère à 250 mg, 2 fois/j.
	phénoxyméthylpénicilline	oracilline			2 à 4 cp/j. à 1.000.000 U.I.		2 cuillères sirop/j. à 250.000 U.I.
Tétracyclines	tétracycline	tétracycline	* risques rénaux graves pour les tetracyclines périmées.	1,5 g/j	2 cp. à 250 mg, 3 fois/j.		* éviter chez les enfants de moins de 8 ans.
	tétracycline	tetramig		1,5 g/j	2 cp. à 250 mg, 3 fois/j.		
	tétracycline+protéases	chymocycline		1,5 g/j	2 cp. à 250 mg, 3 fois/j.		
	tétracycline+amylase	amycycline		1,5 g/j	2 cp. à 250 mg, 3 fois/j.		
	doxycycline	Vibramycine	* éviter chez les femmes enceintes, enfants de moins de 8 ans.	200 mg/j	1 cp. à 100 mg, 2 fois/j.		
Macrolides	spiramycine+métronidazole	rodogyl		500 mg/j	2 cp. 2 fois/j.		
	erythromycine	propiocine		1 g/j	1 cp. à 500 mg, 2 fois/j.		
	erythromycine	erythrocine		2 g/j	2 cp. à 500 mg, 2 fois/j.		
	spiramycine	rovamycine		2 g/j	2 cp. à 500 mg, 2 fois/j.		
	josamycine	josacine		1 g/j	1 cp à 500 mg, 2 fois/j.		
Imidazoles	métronidazole	flagyl		1 g/j	2 cp. à 250 mg, 2 fois/j.		

1 cp. = 1 comprimé.

1 cuillère = 1 cuillère mesure fournie dans le conditionnement initial de l'antibiotique.

4.5 - Règles de médication

La prescription de tout médicament devra être un acte réfléchi de la part du prescripteur, car celui-ci sera placé devant le dilemne suivant :

- Soulager le patient qui se présente à lui,
- Gérer avec économie son stock de médicaments souvent réduit et difficile à renouveler.

Une thérapeutique médicamenteuse sera réservée aux cas où le geste clinique seul reste insuffisant.

L'infirmier doit évaluer chaque cas individuellement selon la gravité et tenir compte de l'état général du patient. Son attitude, pour un même symptôme dentaire, sera différente devant un homme en bonne santé, un vieillard affaibli, une femme enceinte, un enfant dénutri.

Règles de prescription des antibiotiques (tableau 3)

L'antibiothérapie **ne doit pas être systématique**.

En aucun cas, les antibiotiques ne pourront compenser une absence de geste thérapeutique.

En cas d'abcès dentaire, le drainage chirurgical est le traitement clé. Il est réalisé soit par une incision associée ou non à la pose d'une mèche, soit par l'extraction de la dent causale.

Le choix du traitement antibiotique est fonction de la localisation, de la sévérité de l'infection et de la possibilité ou non de conserver la dent.

Cependant, une prescription d'antibiotiques est recommandée :

- Si le traitement chirurgical reste inefficace,
- Si la tuméfaction diffuse ne permet pas une incision,
- Si des signes généraux d'infection sont manifestes,
- Si la dent est infectée au stade de diffusion aiguë ou si l'infection siège profondément,
- En présence de G.U.N., en l'associant à l'application locale d'antiseptique.

– En présence de péricoronarite (accident de dent de sagesse) associée à des signes tels que fièvre, adénite et trismus.

Remarque : Si le patient commence à éprouver un soulagement en cours de traitement, il doit toutefois prendre impérativement ce médicament pendant toute la durée de la prescription (5 jours au minimum) pour ne pas voir réapparaître l'infection.

On préférera l'***utilisation de la voie orale***.

Règles de prescription des antalgiques et des anti-inflammatoires

Après tout acte chirurgical la prescription des salicylés est à éviter, car ils ralentissent le processus d'hémostase.

Il est **impératif** de respecter les posologies adéquates car 2 comprimés avec prises espacées (toutes les 4 heures) sont plus efficaces qu'un comprimé absorbé toutes les heures.

Il ne faut pas prolonger un traitement anti-inflammatoire quand il n'est pas associé à une antibiothérapie car il peut masquer une infection.

Il faudra tenir compte des habitudes populaires en déconseillant, par exemple, d'appliquer un comprimé d'aspirine sur la gencive au niveau de la dent malade ou de l'écraser dans la cavité carieuse car l'acide acétyl salicylique provoque des brûlures à son siège d'application.

N.B. : *Les bains de bouche pharmaceutiques ne sont pas présentés ici, car leur activité thérapeutique est limitée et leur coût élevé pour le service rendu. On les considérera comme une médication de confort.*

Plus simplement, on pourra conseiller l'utilisation d'un bain de bouche à base d'eau salée.

4.6 - Règles de référence à l'échelon supérieur

Il est **indispensable** que l'infirmier sache :

- Reconnaître les limites de ses compétences et les accepter,
- Diriger le malade vers le service compétent même s'il est généralement éloigné du dispensaire.

Quand référer un malade ?

Il est **urgent de référer** un malade à l'échelon supérieur :

- Devant les lésions importantes,
- Quand le malade souffre depuis longtemps,
- Quand la thérapeutique a échoué,
- Quand le malade se trouve très affaibli.

En effet, les risques encourus sont le développement d'une affection ou d'une tumeur.

D'une manière générale, **l'infirmier réfère un malade quand la pathologie dépasse sa compétence**.

Où référer le malade ?

- Au service dentaire le plus proche pour les problèmes spécifiquement dentaires.
- A l'hôpital pour les problèmes dépassant le cadre purement dentaire.

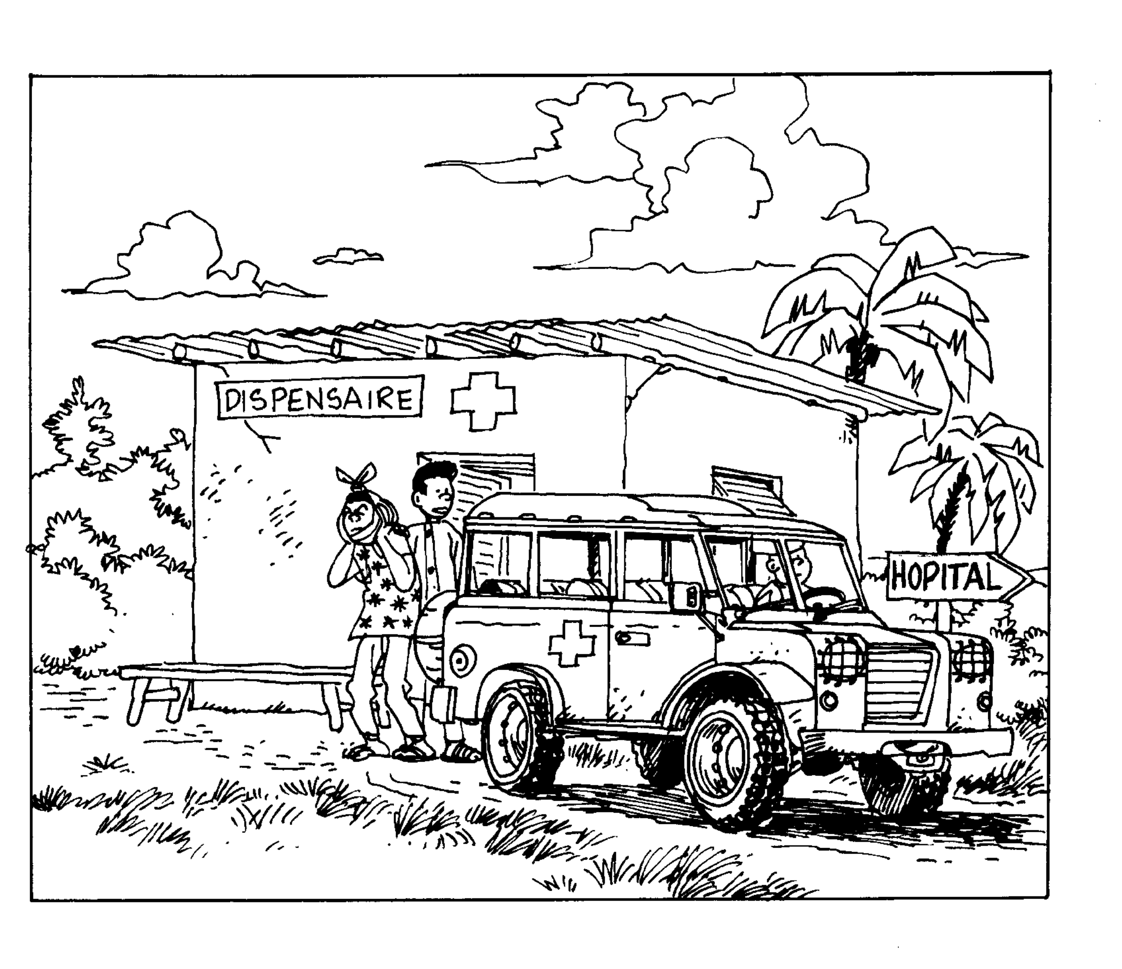
Dans quelles conditions ?

- Expliquer au malade pourquoi on l'adresse à un autre service, en insistant sur l'urgence de son état et les risques qu'il encourt (car il faut motiver le patient et l'encourager).
- Soigner la plaie s'il y a lieu (désinfection, pansement) et mettre le patient sous antibiotiques si nécessaire.
- Inscrire sur le cahier de consultation ce qui a été fait ainsi que les signes cliniques constatés, le diagnostic présumé et les prescriptions éventuelles.

– Rédiger un courrier et une fiche (tableau 4) à donner au malade qui les remettra au chirurgien dentiste ou au médecin, en complétant les renseignements indiqués par la fiche ci-dessous :

Dispensaire de :
Nom de l'infirmier :
Date :
Malade : Nom : Prénom : Age : Ethnie : **Signes cliniques :**
Gestes réalisés au dispensaire :
Destination du malade :

Fiche de référence (tableau 4)


DISPENSAIRE
HOPITAL

Cahier de consultation (tableau 5)

DISPENSAIRE :

NOM DE L'INFIRMIER :

PERIODE DU AU :

DATE	NOM	AGE	SEXE	ETHNIE	N° DENT	EXTRACT	CONSEILS HYGIENE	PRESCRIPTION	REF.	CONVO-CATION

Extract : Extraction.
Prescription : préciser s'il s'agit d'antalgiques, d'antibiotiques ou d'anti-inflammatoires.
Réf. : malade référé à l'échelon supérieur.
Convocation : malade convoqué pour être soigné par l'équipe dentaire lors de la prochaine supervision.

4.7 - Tenue du cahier de consultation

Chaque acte doit être notifié sur un cahier de consultation générale, ou cahier réservé à cet usage (tableau 5).

L'infirmier, pour chaque malade examiné, remplira ce cahier avec sérieux et de manière rigoureuse.



5

SUPERVISION

Supervision des activités de santé bucco-dentaire (tableau 6)

	Niveau périphérique Postes de santé primaire	Niveau intermédiaire (Centre de Santé)
Agent supervisé	Agent de santé communautaire	**Infirmier**
Agent superviseur	**Infirmier**	Equipe dentaire. Autorité sanitaire.
Activité de supervision	«Causeries» éducatives	«Causeries» éducatives. Dépistages systématiques. Consultations. Prestations de soins. Référence des cas graves. Gestion et entretien du matériel. Recueil de données.
Instrument de supervision	Registre de supervision	Fiche de supervision.
Fréquence	1 fois/trimestre	1 fois/semestre.

5 - Supervision

Après la formation, l'activité de l'infirmier sera régulièrement supervisée par l'équipe dentaire ou les autorités sanitaires afin d'**améliorer de façon continue le travail effectué** au centre de santé.

Les supervisions (tableau 6) ont pour objectifs de :
- Motiver l'infirmier,
- Faire le point sur l'application de la formation,
- Mettre en évidence les difficultés rencontrées dans la pratique quotidienne et les progrès réalisés.

Le superviseur travaillera avec l'infirmier à l'amélioration :
- De la répartition de ses différentes activités,
- De la technique de désinfection,
- De l'adéquation entre le traitement et le diagnostic,
- Des gestes thérapeutiques,
- Des règles de prescription,
- De la rédaction des rapports mensuels.

Ainsi l'infirmier recyclera ses connaissances, fera l'inventaire du matériel, conviendra avec le superviseur, après analyse des données, des priorités d'actions et de la date de la prochaine supervision (tableau 7).

A l'issue de cette supervision un compte-rendu lui sera remis.

Fiche de supervision (tableau 7)

Date : **Centre de santé :** **Nombre de consultations/mois :**	**Nom de l'infirmier :** **Date de formation :** **Date dernière supervision :** **Nom du superviseur :**

1/ DESCRIPTION DES ACTIVITÉS

- curatives au centre de santé

	nombre de patients	**extractions**	**complication d'extraction**	**conseils d'hygiène**	**Référence**	**divers**

- Prévention

- Au centre de santé
- Ecoles
- Agents de santé communautaire
- Autres

2/ ÉVALUATION DES ACTIVITÉS

	Observé (x)	
Stockage du matériel		
Protocole de désinfection		
Démarche diagnostique		
Décision thérapeutique		
Règles de prescription		
Technique d'anesthésie		
Technique d'extraction		
Suivi du patient		
Cahier de consultation		
Education pour la santé		

3/ INVENTAIRE DU MATÉRIEL

Instrumentation

	Plateau	Miroir	Sonde	Précelle	Seringue	Syndesmotome	Daviers
en service							
fourni							

Matériel consommable

	Carpules	Aiguilles	Compresses
en service			
fourni			

4/ CONCLUSIONS (fixer les objectifs pour la prochaine supervision)

5/ DATE DE LA PROCHAINE SUPERVISION

6

INTÉGRATION DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE AUX ACTIVITÉS SANITAIRES

Rôle de l'infirmier dans la pyramide sanitaire (tableau 8)

Pyramide sanitaire	Type de formation sanitaire	Personnel	Activités de santé bucco-dentaire
Niveau périphérique	Postes de Santé Primaire	Agent de santé communautaire	Education sanitaire
Niveau intermédiaire	Centre de santé Dispensaire Maternité	**Infirmier** Sage femme Médecin	Education pour la santé Dépistage Diagnostic Soins primaires Référence à l'échelon supérieur Evacuation Supervision des agents de santé communautaire
Niveau central	Autorité sanitaire Hôpital Cabinet dentaire	Responsable sanitaire Equipe dentaire	Dépistage Diagnostic Traitements chirurgicaux et conservateurs Prothèse Formation des infirmiers Education pour la santé, supervision des agents de santé communautaire

L'infirmier joue un rôle essentiel entre les populations isolées et le service dentaire spécialisé. Cette activité s'intègre dans le programme sanitaire régional.

Conclusion

Importance du rôle de l'infirmier

Si l'infirmier, face aux pathologies qui se présentent à lui, n'est pas en mesure de résoudre médicalement toutes les situations, il joue cependant un rôle prépondérant dans :

- *L'éducation sanitaire,*
- *La prise en charge des malades,*
- *Le diagnostic précoce des maladies les plus graves.*

Son action auprès des populations souvent isolées est une base essentielle à toute la structure pyramidale de la santé.

L'acquisition d'une compétence dans le domaine de la santé bucco-dentaire est un atout dans sa pratique quotidienne tant pour ses patients que pour lui-même.

Index alphabétique (les chiffres renvoient aux pages correspondantes)

NOTES